

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1915

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Raoul CAUSSÉ

Né à Versailles, le 2 Novembre 1890.
Ancien externe des hôpitaux de Paris.

LES

**INJECTIONS INTRAVEINEUSES
D'OR COLLOÏDAL**

DANS LE TRAITEMENT

DE LA PNEUMONIE, DE LA BRONCHO-PNEUMONIE
ET DE L'ÉRYSIPÈLE

Président : M. CHAUFFARD, Professeur.

PARIS

LE FRANÇOIS, LIBRAIRE

9 ET 10, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

1915

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1915

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Raoul CAUSSÉ

Né à Versailles, le 2 Novembre 1890.
Ancien externe des hôpitaux de Paris.

LES

INJECTIONS INTRAVEINEUSES
D'OR COLLOÏDAL

DANS LE TRAITEMENT

DE LA PNEUMONIE, DE LA BRONCHO-PNEUMONIE
ET DE L'ÉRYSIPÈLE

Président : M. CHAUFFARD, Professeur.

PARIS

LE FRANÇOIS, LIBRAIRE

9 ET 10, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

1915



Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. LANDOUZY

PROFESSEURS : MM.

Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie biologique et Chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER
Anatomie pathologique.	LEJARS
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	AUGUSTE BROCA
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	N.
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	DEJERINE
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET
	QUENU
Clinique chirurgicale.	N.
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN
Hygiène clinique de la 1 ^{re} enfance.	MARFAN.

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (HENRI)	MULON	SCHWARTZ
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERRER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MES PARENTS

A MON FRÈRE

A MONSIEUR A. MARIE

A MADAME RATULD

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUFFARD

Professeur de clinique médicale à l'Hôpital St-Antoine,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. le Professeur CHAUFFARD
le Docteur GUILLAIN
le Professeur DEBOVE
le Docteur A. JOUSSET
le Docteur MOUCHET
le Docteur J. HALLÉ
le Docteur WEILL-HALLÉ

Externat :

MM. le Docteur ROCHARD, chirurgien des Hôpitaux.
le Docteur OULMONT, Médecin des Hôpitaux.
le Docteur GUINAN, Médecin des Hôpitaux.
le Docteur TISSIER, Accoucheur des Hôpitaux.

M. le Docteur CAHEN, Médecin Principal de 2^e classe.

Arrivé au terme de nos études, nous considérons comme un de nos devoirs les plus impérieux, d'inscrire à la première page de notre thèse et pour leur en offrir l'hommage, les noms des maîtres qui nous ont honoré de leurs précieux conseils.

Nos remerciements iront tout particulièrement à M. le Professeur Chauffard, à M. le Docteur Guillaïn, à M. le Docteur A. Jousset.

Nous avons passé à l'hôpital Bretonneau notre meilleure année d'études. Nous ne saurons oublier ce que nous devons à l'enseignement si bienveillant de notre maître M. le Docteur Guinon. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance. Enfin nous tenons à remercier M. le médecin principal Cahen qui nous a confié la direction d'un pavillon à l'hôpital mixte de Caen et qui nous a obligeamment autorisé à entreprendre les recherches qui font l'objet de ce travail.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552826_0059

LES
INJECTIONS INTRAVEINEUSES
D'OR COLLOÏDAL

DANS LE TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE, DE LA
BRONCHO-PNEUMONIE ET DE L'ÉRYSIPIÈLE

INTRODUCTION

« Les métaux colloïdaux sont des métaux à l'état de particules ultra-fines suspendues dans un excipient. Leur nom provient de ce que ces pseudo-solutions se comportent comme les substances colloïdes : elles ne dialysent qu'avec une extrême lenteur; on peut presque dire que leur pression osmotique est nulle, leur conductibilité électrique est également nulle; leur point de congélation est celui de l'excipient. Les solutions véritables au contraire, si le corps dissous est un électrolyte, ont une pression osmotique plus ou moins considérable; elles conduisent l'électricité et abaissent le point de congélation du solvant » (Manquat).

« Injectés sous la peau ou dans les veines, chez les fébricitants, tous les métaux colloïdaux que j'ai étudiés (argent, or, palladium, manganèse, cuivre) ont pour

effet commun d'accroître la formation de l'urée, de l'acide urique et de l'indoxyle urinaire, de relever le rapport azoturique sans augmenter proportionnellement la quantité d'oxygène consommé par l'organisme. Ils déterminent en outre une leucolyse des polynucléaires neutrophyles, légère chez les sujets sains, intense dans les états infectieux, surtout quand ceux-ci s'accompagnent de leucocytose. A cette leucolyse succède, soit une leucocytose secondaire, soit le retour à l'état d'équilibre antérieur. La leucolyse commence environ deux heures après l'injection et persiste rarement après vingt-quatre heures... Les métaux colloïdaux sont indiqués quand les actes chimiques successifs d'hydrolyse, de réduction et d'oxydation que l'organisme met en œuvre pour sa défense contre les toni-infections sont compromis ou insuffisants. Les cas où ils donnent les meilleurs résultats thérapeutiques sont ceux où l'on voit se manifester d'une manière plus intense et plus complète leurs réactions thermiques et urinaires, ce qui prouve bien que cette action thérapeutique est corrélative des actes chimiques d'où dépendent ces réactions ». (A. Robin).

Depuis les premiers travaux du Professeur Robin sur les métaux colloïdaux et les colloïdes en général, l'emploi de ces agents médicamenteux s'est considérablement étendu. Longtemps l'électrargol et le collargol furent les seuls colloïdes couramment employés. Puis on vit successivement apparaître le cuivre, le soufre, le rhodium, le lantol, l'or colloïdal.

Dans ces derniers mois, l'usage de l'or colloïdal s'est beaucoup répandu dans le traitement de la fièvre

typhoïde. Ce mode de traitement de la dothiéntenterie préconisé par le Professeur Letulle, fut jugé inefficace et même dangereux par le Professeur A. Robin. Il ne semble pas que la question soit encore jugée.

Nous n'avons pas utilisé l'or dans la fièvre typhoïde, mais dans quelques affections telles que la pneumonie, la broncho-pneumonie et l'érysipèle. En présence de cas graves contre lesquels échouait la thérapeutique classique, il nous a paru intéressant de rechercher si l'on n'obtiendrait pas avec l'or colloïdal des effets semblables à ceux que donne l'argent colloïdal. Il nous a semblé que dans de nombreux cas très sérieux nous avons dû la guérison de nos malades à l'emploi de cette médication particulièrement énergique.

Nous nous sommes bornés à une étude purement clinique.

Il eût été intéressant de comparer au point de vue de leur action l'or colloïdal et divers autres métaux colloïdaux proposés comme agents anti-infectieux et en particulier l'électrargol. Il ne nous a pas été possible de faire cette comparaison d'une manière régulière.

Néanmoins il ne nous paraît pas douteux que l'or colloïdal présente un pouvoir anti-infectieux beaucoup plus marqué par l'électrargol.

Ce sont les résultats obtenus que nous exposons dans ce travail, ainsi que plusieurs remarques que nous avons pu faire sur l'emploi de ce médicament, les réactions auxquelles il donne lieu et les contre-indications que l'on peut trouver à son emploi.

CHAPITRE I

L'OR COLLOÏDAL

MODE D'ADMINISTRATION. — DOSES

L'or colloïdal se présente sous forme d'un liquide limpide et transparent, d'une coloration légèrement violacée. Dans la partie effilée de l'ampoule il n'est pas rare de voir un dépôt noir qu'il est nécessaire de mettre en suspension par une agitation énergique. Un centimètre cube de cette solution renferme environ 25 centièmes de milligramme d'or colloïdal.

1° On peut introduire l'or colloïdal dans l'organisme par la voie intramusculaire et hypodermique où par la voie intraveineuse.

Au début de nos essais, afin d'épargner au malade les réactions si violentes que donne l'injection intraveineuse, nous avons eu souvent recours aux injections intramusculaires. Mais il nous a semblé que cette manière de procéder était complètement inefficace. En effet, nous verrons plus loin quels sont les phénomènes que

provoque l'introduction d'or colloïdal dans l'organisme.

Nous avons maintes fois surveillé de quart d'heure en quart d'heure la température, le pouls, la respiration chez des malades ayant reçu une injection d'or. Jamais nous n'avons observé la moindre modification de ces trois éléments chez les malades qui avaient reçu le médicament par voie intramusculaire ou hypodermique. De plus on ne pouvait constater aucune amélioration dans l'état général du malade. Si bien que nous avons complètement abandonné les injections intramusculaires tout au moins aux doses de 1 et 2 centimètres cubes. Peut-être à plus forte dose aurions nous obtenu un résultat?

Cette inefficacité des injections intramusculaires ou sous-cutanées a été signalée par M. le Professeur Letulle et M. Mage. « Les injections sous-cutanées et les injections intramusculaires n'agissent pas d'une manière aussi efficace. Il nous a même semblé dans la presque universalité des cas que l'injection sous-cutanée n'obtenait aucun effet. Un assez grand nombre d'injections intramusculaires tentées à titre d'essai n'ont de même rien produit, pas même un frisson réactionnel atténué. Il est, en conséquence, selon nous, indispensable d'avoir recours à la voie veineuse si l'on veut demander à l'or colloïdal son plein effet. Toute injection qui n'est pas suivie de frisson et d'hyperthermie réactionnelle, n'a pas été intraveineuse(1). C'est donc à la voie intraveineuse

(1) Et l'on peut ajouter que toute injection intraveineuse qui n'est pas suivie de phénomènes réactionnels n'a pas été précédée d'une agitation énergique de l'ampoule.

qu'il faudra toujours s'adresser. La technique est banale, c'est celle de toutes les injections intraveineuses : ligature classique au-dessus du pli du coude, aseptie de la peau avec de l'alcool ou de l'éther, de préférence à la teinture d'iode qui durcit les téguments, ponction oblique de la veine. Le sang pénètre dans la seringue indiquant que l'aiguille est bien dans la veine. Il n'y a plus qu'à pousser lentement l'injection après avoir retiré le garrot. Une simple seringue de 2 centimètres cubes suffit, puisque en aucun cas on ne dépasse cette dose.

2° Quelles sont en effet les doses moyennes à injecter ? Nous avons souvent remarqué que les réactions obtenues ne sont nullement proportionnelles aux doses de médicament injectées. Cherchant à réduire au minimum les doses employées, nous sommes arrivés à n'injecter que quelques gouttes de la solution colloïdale, 1/4 de centimètre cube et même moins. Or les réactions ont été à peu de choses près absolument semblables à celles que nous observions avec des doses de 1 cm³ 5 et même de 2 centimètres cubes (1). Aussi en pratique nous nous sommes presque toujours contentés d'une injection de 1 centimètre cube. Dans certains cas où les sujets ne réagissent pas d'une manière suffisante, nous avons élevé la dose à 1 cm³ 5 et même 2 centimètres cubes, mais en aucun cas nous n'avons dépassé ce chiffre craignant de provoquer une réaction à laquelle ne puisse résister le malade.

Certains auteurs ont cependant élevé la dose. Ainsi

(1) A tel point que l'un des incidents dont on verra plus loin l'observation a été consécutif à une injection de 1/3 de centimètre cube.

le Dr Ogay dit avoir injecté jusqu'à 4 et même 6 centimètres cubes « sans inconvénients ». De telles doses nous paraissent absolument excessives et dangereuses. Et d'ailleurs nous n'en voyons pas l'intérêt étant donné ce que nous avons observé, c'est-à-dire la non-proportionnalité entre l'effet obtenu et la dose injectée. Aussi nous pensons qu'il est absolument inutile de dépasser la dose de 2 centimètres cubes.

3° C'est, qu'en effet, l'injection intraveineuse d'or colloïdal, entraîne une réaction véritablement formidable qui peut même devenir inquiétante.

Aussi nous sommes-nous toujours entourés de quelques précautions à chaque fois que nous pratiquons une injection d'or. D'une manière systématique nous faisons faire à nos malades environ 10 minutes après l'injection intraveineuse une première injection d'huile camphrée de 2 centimètres cubes.

Puis dès que la réaction était commencée, on ajoutait au lit du malade une ou deux couvertures qui avaient pour but de réchauffer le malade, accusant souvent une sensation de froid, et d'activer la sudation. De plus nous avons très souvent pratiqué une nouvelle injection quand au cours de la réaction le pouls semblait faiblir légèrement. On utilisait alors l'huile camphrée, la spartéine, l'intrait de digitale.

4° Enfin la question se pose de savoir quand il faut renouveler l'injection. Suivant le Professeur Robin : « Il ne faut jamais se départir du principe de les espacer de 48 heures environ pour donner aux leucocytes détruits le temps d'être remplacés par une poussée de

leucocytose ». Dans les premières injections que nous avons faites, nous nous sommes toujours conformés à cette règle, mais la défervescence obtenue n'était alors que passagère. Ainsi, par exemple, un malade ayant une température de 40° le matin, reçoit à 10 heures une injection de 1 centimètre cube d'or colloïdal; après les phénomènes réactionnels, la température descend progressivement, et le soir elle est de 37° ou même moins, 36°8 par exemple.

Mais l'action du médicament cessant de se faire sentir au bout de 12 à 15 heures, on voit la température remonter et le lendemain atteindre 38°, 38°5 ou davantage. Si à ce moment le malade est abandonné à lui-même, on voit la température progressivement remonter pour atteindre le soir ce qu'elle était la veille avant l'injection. Il semble donc qu'on perde le bénéfice « de la phase euphorique consécutive à la réaction médicamenteuse ». Au contraire, en renouvelant l'injection tous les jours, on peut mettre le malade à l'abri d'une poussée thermique et lui apporter ainsi un soulagement considérable.

D'autre part, il nous a semblé qu'en injectant le malade quotidiennement, on jugulait beaucoup plus aisément l'infection qu'en renouvelant l'injection toutes les 48 heures.

5° Quant à savoir combien de jours de suite il faut pratiquer l'injection d'or, c'est une question qui sera résolue par l'étude de la courbe thermique du malade et de son état général. Presque toujours nous avons opéré de la manière suivante : A son entrée dans le

service le malade est laissé 36 ou 48 heures au repos afin de juger de la marche de la maladie.

Si les phénomènes infectieux ne paraissent pas s'améliorer, on pratique une injection intraveineuse d'or colloïdal de 1 centimètre cube. Le lendemain et le surlendemain on fait également une injection. Au bout de ces trois jours, la plupart du temps, la température est redescendue à la normale, souvent même au dessous, et l'état général est excellent. Nous laissons alors le malade au repos pendant un jour et le lendemain, même si la maladie semble définitivement jugulée, nous pratiquons une nouvelle injection. Et quand la maladie n'est pas absolument terminée, cette injection marque le début d'une nouvelle série de trois.

Y a-t-il des phénomènes d'accoutumance?

Peut-être pourrait-on en observer si un même malade recevait un grand nombre d'injections. Mais avec les chiffres que nous avons atteint, dépassant rarement dix injections, nous n'avons jamais vu que les dernières réactions fussent moins fortes que les premières. D'ailleurs quand les trois premières injections n'apportaient qu'un résultat passager, une défervescence insuffisante, nous ne poursuivions pas la médication.

Nous avons par exemple traité divers malades ayant des plaies suppurantes avec fièvre à grandes oscillations; chez quelques-uns l'or colloïdal a rapidement et définitivement ramené la température à la normale, mais chez d'autres, nous n'obtenions qu'un résultat passager : il existait un foyer purulent profond et l'intervention chirurgicale seule pouvait amener la défervescence.

CHAPITRE II

PHÉNOMÈNES RÉACTIONNELS CONSÉCUTIFS A L'INJECTION INTRAVEINEUSE D'OR COLLOÏDAL. — CONTRE-INDICATIONS.

Toutes les injections que nous avons faites ont été suivies d'une réaction toujours violente souvent « formidable ». Dans quelques cas cependant, nous n'avons observé aucune réaction, mais nous avons pu nous apercevoir que ce manque de réaction tenait simplement à ce que nous n'avions pas agité l'ampoule.

1° La réaction est tardive en ce sens qu'elle n'est jamais immédiatement consécutive à l'injection.

Une seule fois un malade accusa nettement après l'injection une angoisse laryngée. Mais il s'agissait vraisemblablement d'un phénomène psychique — le malade était un prisonnier allemand et sans doute avait-il des craintes, quant à l'intervention que nous venions de pratiquer chez lui. A part ce seul cas nous avons observé

la réaction en moyenne trois quarts d'heure après l'injection. Parfois une heure, mais plus souvent trente minutes s'écoulaient pendant lesquelles le malade restait calme, sans aucune modification du pouls, ni de la température.

Cette phase qui précède la réaction se trouve-elle modifiée dans sa durée par les injections ultérieures? Nous ne l'avons jamais remarqué. D'une manière générale on peut dire que les malades réagissent chacun à leur manière : il y en a qui ont une réaction tardive, d'autres précoce et ceci aussi bien à la première qu'à la 4^e ou à la 5^e injection.

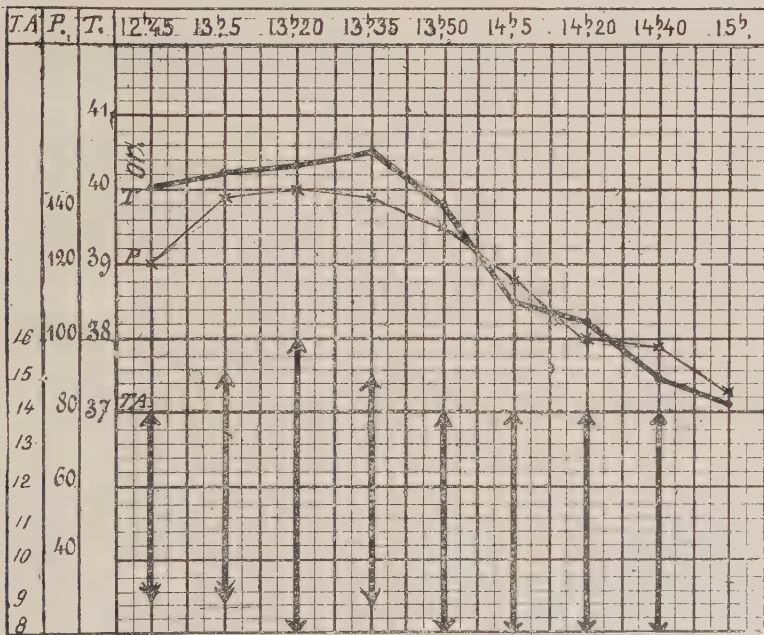
2^o Au bout de ce temps le malade est pris de frissons : le corps entier est animé de secousses violentes, les dents claquent. Son aspect est à ce moment fort impressionnant. Assez souvent il accuse une sensation de froid intense, mais ce n'est pas un phénomène constant et nous avons vu des malades se plaindre d'une chaleur insupportable. En même temps qu'il frissonne, le malade change d'aspect, il se cyanose, particulièrement à la face et aux extrémités. Un autre phénomène très important est la sudation; c'est à notre avis l'élément le plus essentiel de la réaction, celui qui en mesure le mieux l'intensité et l'efficacité. Cette sudation dépasse parfois toute imagination; nous avons vu un malade atteint d'érysipèle chez lequel l'injection d'or avait amené une réaction sudorale telle qu'en soulevant sa couverture on le voyait entouré d'une véritable buée. Il est nécessaire de changer plusieurs fois le linge de ces malades aux cours de la réaction. Cette sudation enfin

se prolonge fort longtemps et c'est un point sur lequel nous reviendrons.

Enfin trois éléments importants et constants achèvent de caractériser la réaction; ce sont : l'accélération du pouls, l'élévation, puis l'abaissement de la température, l'augmentation de la tension artérielle maxima et aussi de la tension différentielle.

Voici à ce sujet quelques chiffres.

La courbe suivante a été relevée chez un malade, Sla... prisonnier de guerre, atteint d'érysipèle, dont on lira plus loin l'observation. La température, le pouls, la pression artérielle ont été pris de quart d'heure en quart d'heure.



Louise

Courbe 1.

Voici également la température prise chez un autre malade :

Injection à 10 h. 30			
11 h.	—	40°2	12 h. 30 — 40°5
11 h. 15	—	41°	13 h. — 40°
11 h. 30	—	41°2	13 h. 30 — 39°0
12 h.	—	41°	14 h. — 37°
12 h. 15	—	40°8	14 h. 30 — 36°1
			15 h. 30 — 36°9

Ces courbes montrent d'abord que la chute thermique provoquée par l'injection n'est nullement brutale comme celle que l'on obtient avec des médicaments antithermiques, tels que le pyramidon, la cryogénine. On remarque d'autre part que si l'ascension thermique est relativement rapide, la défervescence est au contraire beaucoup plus lente et douce, et c'est cette seconde période de la réaction qui coïncide avec la réaction sudorale. Enfin il faut remarquer que la tension artérielle ne subit qu'une modification bien légère si on la compare à la courbe du pouls et de la température.

Tels sont les différents éléments de la crise, celle-ci atteint son acuité en général une heure après l'injection, c'est à ce moment que la température atteint facilement 41°; il n'est pas rare d'enregistrer un pouls à 160. Nous n'avons pas pratiqué en nombre suffisant les mensurations de la tension artérielle pour pouvoir affirmer que l'élévation de la tension maxima, l'augmentation de la tension différentielle, sont des éléments constants de la réaction. Toutefois ce que nous avons observé concorde avec les faits relatés par le Professeur Robin qui signale « un léger relèvement de la pression artérielle. »

Comme phénomène un peu particulier, nous avons observé une fois une éruption urticarienne survenant régulièrement une heure après l'injection, chez un malade d'ailleurs prédisposé à ce genre d'accident.

L'élément le plus important, celui qui permet le mieux de mesurer les réactions salutaires est, nous l'avons dit, la sudation. Cette sudation ne s'établit pas d'emblée, et en général ce n'est que 10 ou 15 minutes après le début de la réaction qu'elle s'établit, mais ce qui est très remarquable, c'est la persistance de la sudation; longtemps après que toute crise est terminée, le malade continue à transpirer et ainsi, 8, 10 et 12 heures après l'injection.

3° Nous venons de voir quels sont les éléments qui caractérisent la crise consécutive à l'injection intra-veineuse d'or colloïdal. Nous avons insisté sur la tachycardie extrême qui accompagne l'élévation thermique, puisque le chiffre de 160 pulsations est fréquemment atteint; il est bien certain qu'une pareille réaction doit entraîner pour le cœur un surcroît de travail considérable. Aussi avons-nous toujours été extrêmement prudent dans l'administration du médicament: dès que nous notions des signes de défaillance cardiaque, c'est à notre sens la première contre-indication de l'or. D'autre part il y a des malades profondément infectés qui ne peuvent pas supporter la réaction. D'autres sujets enfin ayant une tendance à l'œdème pulmonaire ont fait une crise à l'occasion de l'injection. Mais les incidents sont rares, car sur un total de près de 60 malades, nous n'avons observé que cinq fois des incidents qui d'ail-

leurs n'étaient que partiellement imputables à l'or colloïdal.

Voici les observations de ces malades chez lesquels l'or colloïdal a paru provoquer des accidents.

Observation I (personnelle).

Hyv... 23^e territorial. — *Pneumonie migratrice chez un éthylique* Hy... est un grand éthylique, un de ses frères est mort quelque jours auparavant de pneumonie. A son entrée, on note une pneumonie du sommet gauche. Il est immédiatement mis au traitement par les injections d'or colloïdal, tantôt intramusculaires, tantôt intraveineuses. Chacune des injections intraveineuses est suivie de phénomènes réactionnels intenses, avec chute complète de la température. En même temps le foyer disparaît complètement. Mais le lendemain ou le surlendemain, la température remonte à 40° et l'on découvre un nouveau foyer pneumonique dans l'autre poumon soit à la base, soit au sommet. Nouvelle injection suivie de la disparition de tous les signes locaux et généraux. Ainsi pendant une quinzaine de jours le malade fit toute une série de foyers qui tous disparaissaient à la suite de l'injection intraveineuse d'or. Mais le malade s'affaiblit progressivement, le pouls devient mauvais et il est manifeste qu'il ne saurait résister longtemps si les foyers pneumoniques continuent à se reproduire.

Le 20 novembre 1914, Hy... est très mal, on trouve un gros foyer à la base gauche; le malade est agité, subdélirant. On pratique une injection de 1 centimètre cube. Au bout d'une demi-heure apparaît la réaction, d'emblée très inquiétante, car le malade se cyanose de minute en minute, la respiration devient rapide et superficielle et en peu d'instants le malade tombe en syncope. La respiration est suspendue, le

pouls est imperceptible. Le malade complètement cyanosé, abandonne urines et matières. Nous croyons à une issue fatale, néanmoins on pratique de suite une série de piqûres d'huile camphrée, de caféine, de spartéine et progressivement la circulation se rétablit, la connaissance revient, le malade sort de sa syncope. Nous avons d'ailleurs noté qu'avant qu'aucune injection n'ait été pratiquée le pouls avait réapparu.

Néanmoins les phénomènes infectieux s'aggravent, le malade meurt le lendemain.

Observation II (personnelle).

Septicémie avec subictère. Pneumonie du sommet.

Luc..., 36^e Infanterie.

Malade de constitution robuste, non alcoolique.

Antécédents. Depuis une huitaine de jours environ le malade se sentait fatigué, souffrant de céphalée, légère constipation.

Examen. Le 4 février 1915.

Le malade a un aspect profondément infecté, il est pâle et présente du subictère des conjonctives. Le pouls est rapide, très mou à 130.

La température est de 40°. Les urines sont peu abondantes et contiennent une forte quantité d'albumine. Le malade est constipé.

L'examen ne révèle pas de grands signes. A l'auscultation on trouve de haut en bas dans les deux poumons quelques râles congestifs peu nombreux. D'ailleurs le malade ne tousse, ni ne crache. Le ventre n'est pas ballonné; pas de taches rosées; la rate n'est pas perceptible; le foie ne déborde pas les fausses côtes. Enfin il n'existe aucun signe méningé.

Le 5 février. La température s'élève le matin à 41°, les signes généraux d'infection sont les mêmes, mais le pouls est

encore plus mauvais que la veille. A l'auscultation les râles disséminés ont disparu, mais au sommet droit en arrière on trouve un foyer net d'hépatisation, matité, souffle, râles fins, crépitants. D'ailleurs ce foyer est peu étendu et ne descend pas au-dessous de l'épine de l'omoplate. Le malade émet quelques crachats sans aucun caractère. Devant cet état d'infection qui s'aggrave manifestement, nous décidons de pratiquer une injection intraveineuse d'or. Mais, étant donné la faiblesse du pouls, nous faisons faire d'heure en heure une série de piqûres d'huile camphrée.

L'injection de 1 centimètre cube est pratiquée à 3 heures de l'après-midi. Trois quarts d'heure après commence la réaction habituelle dans son premier stade de frisson, mais avec une sévérité particulière. Le pouls devient en effet filiforme, incomptable, les pupilles sont dilatées, le réflexe cornéen est supprimé. On compte 50 respirations à la minute. Le malade délire. On s'efforce alors de relever le malade au moyen de piqûres de caféine, d'éther, d'huile camphrée. A noter que pendant cette crise il n'y a pas la moindre tendance congestive, le malade ne tousse et n'est nullement gêné dans sa respiration. Cette période critique dure environ 30 minutes puis la sudation s'établit intense. Néanmoins nous ne voyons pas se produire les phénomènes qui accompagnent habituellement cette phase de la réaction — le teint ne se colore pas, le pouls reste toujours misérable, filiforme. Le malade a retrouvé partiellement sa connaissance. La période de sueur dure environ 3 heures. La nuit se passe dans le même état.

Le 6 février, la température au matin est de 38°,9. Le malade est mourant. Des plaques violacées apparaissent sur les membres inférieurs. La respiration rapide est encombrée de gros ronchus. On pratique une saignée de 150 centimètres cubes, à la suite de laquelle le pouls semble se relever, puis injection de 2 centimètres cubes d'intrait de *Strophantus*. En dépit de ces tentatives le malade meurt à 10 h. 45 du matin. A noter que le séro-diagnostic était positif, mais

nous apprimes que quelques mois auparavant le malade avait été vacciné.

Observation III (personnelle).

Bronchite généralisée, œdème pulmonaire.

Si... Eugène, 42 ans.

Le 21 janvier 1915, le malade est transporté d'urgence à l'hôpital où l'on constate une crise d'œdème pulmonaire aigu : le malade est cyanosé, en proie à une dyspnée intense, absolument comateux. On pratique une saignée. Ventouses scarifiées. A huit heures du matin le malade est un peu mieux et reprend connaissance, il ne crache pas, se plaint surtout de sa dyspnée. A l'auscultation on entend un véritable bruit de tempête. On injecte immédiatement 6 centimètres cubes de la solution d'émétine à 2 p. 100. A 1 heure de l'après-midi, le malade crache bien, le mieux s'accroît. Le soir le malade va beaucoup mieux. Les bases sont toujours très congestionnées.

Le 22 janvier. Le matin, température à 38°3. A l'auscultation on découvre dans la région axillaire droite un foyer de broncho-pneumonie. On pratique dans l'après-midi une injection intraveineuse de 1/3 de centimètre cube de colloïdase d'or. Trente minutes après éclate avec la même violence que la veille une crise d'œdème aigu du poumon avec perte presque complète de la connaissance. Saignée. Ventouses scarifiées. Le soir la température est à 37°4. Le malade est d'ailleurs bien et les signes d'auscultation dans l'aisselle ont beaucoup diminué.

Le 23 janvier. L'état général s'améliore en même temps que disparaissent les signes d'auscultation. La température se maintient entre 37° et 38° ce jour et les suivants.

Les accidents ne reparaissent plus et le malade sort guéri au bout de quelques jours.

Chez un autre malade nous avons noté les mêmes accidents d'œdème pulmonaire aigu survenant trois quarts d'heure après l'injection et s'accompagnant de dyspnée, de cyanose, d'expectoration spumeuse. D'ailleurs chez ce malade également cet incident n'eût pas de suite fâcheuse.

Observation IV (personnelle).

Erysipèle de la face et du cou. Septicémie mortelle.

Mar... 28 ans, 36^e Infanterie.

Le malade est amené à l'hôpital pour érysipèle. Il ne peut fournir aucun renseignement et l'on sait seulement que l'avant-veille de son entrée à l'hôpital, soit le 26 février il a fait une chute sur la tête à la suite de laquelle s'est développé un érysipèle de la face.

Examen, le 2 mars.

Dès que l'on examine le malade on est frappé par son aspect profondément infecté, il est extrêmement agité, tremblant, il délire sans cesse et ne répond absolument pas aux questions posées. Il est facile de se rendre compte que l'on a à faire à un alcoolique.

La face est tuméfiée les paupières sont collées et le malade ne les entr'ouvre qu'avec difficulté. L'érysipèle qui la veille au soir s'étendait seulement au cou a gagné la face, respectant le cuir chevelu. On trouve dans la région pariétale une plaie n'intéressant que les téguments.

La respiration est rapide, le pouls est mou à 130. La température est de 39°.

Devant cet état de grande infection nous décidons de traiter le malade par l'or colloïdal, mais n'osant d'emblée faire une injection intraveineuse, nous faisons une injection intramusculaire de 4 centimètres cubes dans l'espoir d'atténuer

ultérieurement les réactions. Cette injection ne donne lieu à aucune réaction, le soir la température est à 40°2.

Le 3, même état général grave. L'érysipèle gagne une partie du cuir chevelu. Température 39°6. Nous faisons alors une injection intraveineuse de 1 centimètre cube. Cette injection est suivie d'une franche réaction thermique et sudorale : le soir la température est à 39°.

Le 4 au matin l'érysipèle n'a pas progressé, d'autre part l'état général ne s'est pas aggravé, le pouls n'est pas mauvais. Nous pratiquons une injection intraveineuse de 1 centimètre cube d'or à 10 heures du matin. Une demi-heure après se produit la réaction mais on note que, par rapport à la veille, cette réaction est légère et même fruste, elle dure à peine 20 minutes. Puis le malade semble s'assoupir. Une heure après il se cyanose et la respiration devient inégale, caractérisée par une série d'inspirations gémissantes, séparée de la suivante par une phase d'apnée complète qui dure 15 et 20 secondes. Le malade ne réagit plus à aucune excitation. En vain on multiplie les injections d'huile camphrée, de spar-teïne, de strophantus, il meurt à 12 h. 30.

Nous avons tenu à décrire ces divers incidents parce qu'ils montrent que les injections intraveineuses d'or colloïdal ne sont pas absolument dénuées de tout danger. Toutefois il ne faudrait pas exagérer ce danger. Dans les deux cas d'œdème pulmonaire, si les phénomènes ont paru un instant très menaçants, nous avons noté que le pouls demeurait excellent, ce qui permit d'ailleurs de porter un bon pronostic. Chez le malade Hy.... (Observation I), l'injection d'or colloïdal provoqua une syncope; mais bien que le malade fut très gravement atteint cette syncope ne fut pas mortelle. Enfin dans les deux autres cas (Obs. II et IV) on ne peut nier que l'in-

jection ait précipité la marche de la maladie, mais on ne peut en aucune façon, croyons-nous, accuser le médicament d'avoir provoqué l'issue fatale : et nous en voyons une preuve dans ce fait que le malade n'a pas succombé au cours même de la crise, mais bien 24 heures après dans un cas, 3 heures dans l'autre.

On peut cependant tirer de ces observations plusieurs conclusions; c'est d'abord qu'il est inutile et même dangereux de pratiquer l'injection chez des sujets trop profondément infectés : on s'expose à voir se produire une syncope et surtout on risque de hâter l'issue fatale. En pareille circonstance c'est le pouls qui sera le meilleur guide. Nous nous sommes toujours abstenu de faire des injections quand le pouls nous paraissait trop déprimé.

D'autre part nous avons dit qu'elles précautions nous prenions au cours même de la réaction.

Les deux autres incidents sont survenus chez des sujets qui avaient manifestement une tendance à l'œdème pulmonaire : à l'occasion de la formidable réaction due à l'or colloïdal, ces malades ont présenté un nouvel accès.

Ainsi jusqu'à présent il nous a semblé qu'on pouvait trouver trois contre-indications à l'emploi de l'or colloïdal intraveineux; 1^o La faiblesse de l'impulsion cardiaque; 2^o la congestion pulmonaire généralisée avec tendance à l'œdème du poumon; 3^o un état d'infection trop profond.

L'une de ces contre-indications a d'ailleurs été déjà signalée par le Professeur Robin : « Les métaux col-

loïdaux, dit-il, m'ont paru avoir sur le cœur une action dépressive qu'il m'est difficile de préciser ».

4^e La phase réactionnelle violente passée, l'action de l'or colloïdal continue à se manifester, nous verrons plus loin dans les cas particuliers de la pneumonie, de la broncho-pneumonie et de l'érysipèle, ce que l'on observe, mais il y a des phénomènes généraux qui suivent assez régulièrement l'injection. Nous avons insisté déjà sur la sudation qui se prolonge pendant 8 ou 10 heures.

Très souvent le malade dort péniblement dans la nuit qui suit l'injection. Il y a là une « accalmie euthermique » suivant l'expression du Professeur Letulle, dont les bénéfices sont considérables. La polyémie n'est pas moins remarquable; nous l'avons surtout observée dans la pneumonie. Il semble ainsi que l'on provoque cet ensemble de phénomènes que la convalescence des maladies infectieuses apporte spontanément avec elle : polyurie, hypothermie, bradycardie.

CHAPITRE III

RÉSULTATS DE LA MÉDICATION PAR L'OR COLLOÏDAL DANS LA PNEUMONIE, LA BRONCHO-PNEUMONIE ET L'ÉRYSIPÈLE

1° Pneumonie et broncho-pneumonie.

Nous avons observé pendant l'hiver 1914-15 un grand nombre de pneumonies et broncho-pneumonies graves; par contre les cas de pneumonie franche aiguë ont été extrêmement rares. La gravité des formes que nous avons soignées tient à diverses raisons et particulièrement à l'alcoolisme. D'autre part nos malades étaient très souvent des exemptés ou réformés qu'un conseil de révision avait incorporés récemment; déprimés par un entraînement militaire intensif, ces sujets présentaient des broncho-pneumonies graves. Dans ces cas nous avons eu recours aux injections intraveineuses d'or colloïdal. De parti pris, sauf une fois, nous n'avons pas traité par l'or les pneumonies franches aiguës. Le mode

de traitement a été celui que nous avons indiqué plus haut. Nous laissons toujours le malade au repos 48 heures après son entrée à l'hôpital, afin de juger si la maladie n'allait pas tendre spontanément à la guérison. Au bout de ce temps, quand les phénomènes infectieux persistaient, ou s'aggravaient, nous pratiquions les injections intraveineuses telles que nous les avons indiquées, c'est-à-dire pendant trois jours consécutifs, puis après un repos de vingt-quatre heures, et quelque fût d'ailleurs l'état général du malade, nous pratiquions soit une seule, soit plusieurs injections, afin de prévenir un retour offensif de la maladie.

Voici les observations de nos malades :

Observation V (personnelle).

Broncho-pneumonie.

Blan... Adolphe 24 ans, 36^e Infanterie.

Malade de constitution faible, ajourné l'année précédente puis repris au récent conseil de révision. Pas de maladie antérieure.

La maladie actuelle n'a pas eu de début brusque. Le malade se trouvait fatigué, déprimé; il toussait et crachait. Admis d'abord pendant une journée à l'infirmerie du régiment, le malade est ensuite envoyé à l'hôpital.

Examen le 27 janvier 1915.

Le malade est fortement congestionné, la face est vultueuse, les extrémités presque cyanosées. Il y a une dyspnée et une polyspnée intenses. Le malade se plaint d'une grande fatigue, il a une toux pénible et crache peu. A l'auscultation on trouve des deux cotés de haut en bas de gros râles ronflants

et sibilants. La température est à 41°. Le pouls est rapide, assez bien frappé. La langue est très chargée. Le malade est constipé.

Le 28. La température s'abaisse à 39°, mais il y a toujours une grande agitation et la même tendance à la cyanose. A l'auscultation ces râles apparaissent plus fins en arrière au sommet droit, mais on ne perçoit à ce niveau aucun souffle et il n'y a nulle modification de la sonorité, pas plus que de la transmission de la voix. On se contente encore pour cette journée de la médication ordinaire. Ventouses, potion calmante. Les crachats n'ont aucun caractère spécial; ils sont âcres, muqueux et nullement rouillés. Le soir la température remonte légèrement et atteint 39° 4.

Le 29. Le malade est très agité, le pouls est tendu, la face plus congestionnée encore que les jours précédents. La température est remontée à 40°.

A l'auscultation le foyer broncho-pneumonique qui se formait la veille, apparaît nettement au sommet droit en arrière : souffles et râles crépitants fins. A ce niveau il y a de la submatité. De l'autre côté les râles ont disparu. Enfin les crachats sont un peu sanglants.

Devant cet ensemble de signes : l'aggravation de l'état général, la recrudescence de la fièvre, l'apparition d'un foyer très net nous décidons de faire une injection d'or. On injecte 1 centimètre cube intraveineux. La réaction se produit comme d'habitude environ trois quarts d'heure après la piqûre, mais avec une violence particulière. Pendant la crise, la tendance à la cyanose s'accroît. Néanmoins la réaction ne présente aucun caractère inquiétant et après un stade de frisson de 25 minutes, la sudation apparaît extrêmement intense. La température est descendue le soir à 37°. Soit dans la journée une chute thermique de 3°.

Le 30. La nuit a été remarquablement calme, le malade a parfaitement dormi, les urines sont abondantes. Le mieux est manifeste. Par contre le foyer n'a pas changé et la tempé-

rature est remontée à 39°. On pratique une seconde injection intraveineuse de 1 centimètre cube. La réaction est assez faible, le soir la température n'a pas varié et se maintient à 39°.

Le 31. Le malade se sent bien, la température a légèrement baissé; 38°6. Ces signes d'auscultation sont sensiblement les mêmes. Les crachats ont toujours le même caractère : la plupart sont muco-purulents, quelques-uns sanglants mais non rouillés. Nouvelle injection suivie d'une réaction franche. Le soir la température est tombée à 37°.

Le 1^{er} février. L'état général est excellent, le malade n'est plus cyanosé. Il a passé une nuit excellente. De plus les signes locaux ont notablement regressé. La température atteignant encore 38°2 on fait une quatrième injection qui ramène le soir la température à 37°.

Le 2. L'amélioration persiste, les signes locaux ont disparu. Température 36°8 le matin. On fait une dernière injection.

Le 3. La température se maintient à partir de ce jour à 37°2.

Le malade est à ce moment guéri.

Observation VI (personnelle).

Broncho-pneumonie.

Cru... Jules, 39 ans. 36^e Infanterie.

Malade prématurément sénile, paraissant avoir 50 ans extrêmement maigre. C'est un exempté repris par le récent conseil de révision. Jamais il n'a été bien portant.

Incorporé le 18 décembre 1914, ce malade a très mal supporté les fatigues du régiment. Le 13 janvier 1915 il se sent fiévreux, il est pris de frissons : il entre à l'infirmerie et le 18 est envoyé à l'hôpital.

Examen le 18 janvier 1915. Le malade paraît très déprimé. La langue est sèche, il y a de l'herpès buccal. Le malade a

une toux quinteuse et pénible, il émet avec difficulté quelques crachats brunâtres.

A l'auscultation on trouve au sommet gauche en arrière un foyer pneumonique très net, avec matité, souffle, râles fins.

Du même côté, mais à la base, on note un peu d'obscurité respiratoire.

Le pouls est à 120 très faible. La température est de 39°8.

Le 19 janvier. Même état. Dans cette journée la température se maintient à 39°8. Le pouls étant toujours très faible on s'abstient de pratiquer une injection d'or, mais on s'efforce de remonter le cœur par des piqûres d'huile camphrée.

Le 20. La température étant de 39°2 le matin, on décide de pratiquer une injection intraveineuse d'or. Au cours de la réaction qui est violente on fait injecter 6 centimètres cubes d'huile camphrée. D'ailleurs en dépit des craintes que l'état du cœur inspirait, le malade supporte parfaitement sa réaction. Après une sudation abondante le soir la température est descendue, 37°8.

Le 21. Localement on ne constate aucune modification à l'auscultation. La température est le matin de 37°8. On se propose de renouveler l'injection. Mais dans la matinée le malade est pris de vomissements son pouls devient très faible. Aussi juge-t-on plus prudent de s'abstenir ce jour-là de l'injection colloïdale. La température remonte le soir à 40°.

Le 22. Le malade étant moins déprimé, la température étant de 38°8, le matin on pratique une injection que le malade supporte bien. Localement les signes sont les mêmes.

Le 23. L'amélioration est manifeste non seulement dans l'état général, mais aussi localement. En effet, on constate que le souffle a beaucoup diminué d'intensité et que les râles sont beaucoup moins abondants. Le malade est laissé au repos.

La température se maintient au-dessus de 38° pendant toute la journée.

Le 24. 10^e jour de la maladie. Le malade est moins faible

on injecte 1 centimètre cube d'or, toujours avec les mêmes précautions.

De 38°5 le matin, la température descend le soir à 37°6.

Les signes d'auscultation ont à peu près disparu.

Le 25. Température à 37°. La respiration est devenue normale dans toute la hauteur du poumon; on fait une dernière injection.

Observation VII (personnelle)

Broncho-pneumonie avec œdème pulmonaire

Guer... Gaston 42 ans, 23^e territorial.

Rentre à l'hôpital le 15 janvier. Le malade est extrêmement abattu, facies grippé. A l'examen on trouve en arrière à la base gauche de la submatité. L'auscultation montre à ce niveau des signes de congestion. On fait poser sur la région quatre ventouses scarifiées.

Dans la nuit de ce même jour nous sommes appelés auprès de ce malade : nous le trouvons en proie à une dyspnée intense et soudaine. Assis sur son lit, cyanosé il est extrêmement agité, il n'expectore qu'une légère écume qui lui vient à la bouche. L'état du cœur surtout est inquiétant, le pouls est misérable. En présence de la soudaineté de ces accidents, nous pensons à une crise d'œdème aigu du poumon. Le cœur se remonte un peu grâce aux piqures d'extrait de digitale et progressivement les accidents se calment.

Le 16 janvier, toute cette journée l'état reste inquiétant dans la menace d'accidents d'œdème pulmonaire.

Les deux poumons sont encore encombrés de râles, mais l'expectoration se fait mieux.

Le 17 janvier, les signes d'auscultation sont fatalement différents : la congestion intense des jours précédents a totalement disparu et la respiration est absolument normale dans

tout le poumon droit. Par contre on trouve un véritable bloc d'hépatisation caractérisé par une matité franche, un souffle tubaire et quelques râles fins, crépitants. La température étant à 40°, on décide de faire une injection intramusculaire d'or colloïdal. On injecte 2 centimètres cubes. La réaction est à peu près nulle. On note à peine une légère sudation. Le soir la température est à 39°.

Le 18 janvier. Le malade est déprimé, le cœur est faible.

Aussi on s'abstient ce jour de la médication par l'or. Les signes d'auscultation n'ont pas changé.

Le 19 janvier. L'état général étant meilleur, on fait une injection d'or colloïdal de 1 centimètre cube mais intraveineuse cette fois. La température est le matin de 40°1. La réaction très intense mais normale se produit 45 minutes après l'injection, dure environ 30 minutes. Quant à la sudation elle se prolonge encore pendant 2 heures.

Le 20. Le matin la température est à 39°4. On trouve à l'auscultation de gros râles sous-crépitaux entourant le souffle tubaire. Etat général grave. Injection d'or 2 centimètres cubes. La température est à 37°9 le soir.

Le 21. Etat général meilleur. Le souffle a disparu, au même point on entend un gargouillement sonore. Le matin température 38°1. Troisième intraveineuse qui amène la température à 37°4.

Le 22. Le matin 37°4. Il y a une amélioration considérable. Le malade qui dans les jours précédents était à ce point déprimé que l'on avait porté sur lui le plus sombre pronostic est bien mieux, le pouls est bien frappé. D'autre part l'état pulmonaire s'améliore sensiblement, les gargouillements diminuent. On fait dans l'après-midi une 4^e injection veineuse à très faible dose d'or colloïdal. On injecte seulement un tiers de centimètre cube. Malgré cette faible quantité le malade présente une réaction aussi forte et prolongée que les deux jours précédents où la dose injectée avait été beaucoup plus forte. Le soir la température est à 37°8.

Le 23. L'état général est maintenant excellent. La température est à 37°8. Mais on ne note, par rapport à la veille, aucune modification du foyer broncho-pneumonique. Le malade ayant été piqué pendant les quatre journées précédentes on le laisse au repos. Le soir la température remonte légèrement à 38°3.

Le 24. Le matin la température est à 37°5. Le foyer a nettement diminué. On fait encore une injection. Le soir 38°.

Dans les journées qui suivent le foyer achève de disparaître. Le malade étant presque guéri, dès le 25, on cesse la médication par l'or colloïdal.

Observation VIII (personnelle).

Pneumonie du sommet.

Lelin... Albert, 33 ans, 36^e Infanterie.

Malade d'apparence débile. Paraissant beaucoup plus âgé qu'il n'est en réalité. Exempté pour faiblesse de constitution il a été repris pour le service armé au dernier conseil de revision. Incorporé le 12 décembre 1914. Tous les hivers il tousse et on trouve chez lui des signes de bronchite chronique et d'emphysème. Dès son incorporation on doit l'admettre à l'infirmerie. Le 17 janvier il se sent très mal, il frissonne, a un point de côté et tousse.

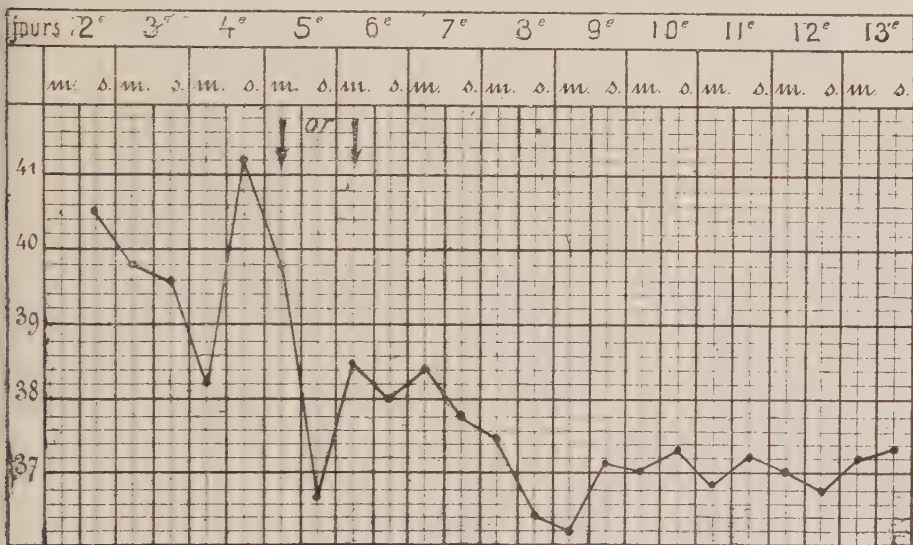
Examen le 18 janvier. On se trouve en présence d'un malade très déprimé et très dyspnéique. La langue est blanche, très chargée mais non rotie. Le pouls est faible, très mou. Il y a un peu d'herpès labial. A l'auscultation on trouve au sommet droit en arrière un foyer pneumonique très net, avec matité, souffle tubaire, râles fins crépitants. Il s'agit donc de pneumonie du sommet chez un débile.

Le 19. Dans la journée la température se maintient à 39°8. Le malade qui ne crachait pas la veille émet quelques crachats rosés.

L'état local et général est le même que la veille, le malade étant toujours très faible.

Le 20. On assiste le matin à une chute thermique jusqu'à 38°2. Mais l'état général reste le même et le soir la température remonte à 41°1. Cette journée encore on observe le malade en le soumettant à la médication classique : ventou-

Salle St.



Courbe 2.

sage énergique, oxyde blanc d'antimoine, acétate d'ammoniaque.

Le 21. Le matin la température est à 39°8. Devant la persistance des phénomènes généraux et locaux, le pouls d'ailleurs étant meilleur que la veille, on pratique une injection intraveineuse d'or de 1 centimètre cube.

Le soir la température est descendue à 36°6, soit une chute thermique en 24 heures de 4°6.

Le 22. L'amélioration est évidente après la chute thermique formidable de la veille, le malade a passé une nuit excellente, il accuse de lui-même un grand bien être. Le pouls est ample. La langue se nettoie. La température étant à 38°5 on fait une seconde injection de 1 centimètre cube. Le soir 38°.

Le 23. Le foyer a notablement diminué. Le malade se sent très bien. Aussi quoique la température soit encore 38°4, on cesse les injections. Le soir 37°7.

Le 24 et jours suivants. La température revient définitivement à la normale.

Observation IX (personnelle).

Broncho-pneumonie.

Bernard Pierre, 40 ans, 23^e territorial.

Aucune maladie antérieure. Légèrement alcoolique. Le 18 décembre 1914 il commence à tousser et présente une légère fièvre. La toux augmentant le malade est envoyé à l'hôpital le 10 janvier 1915.

Examen : Malade à facies un peu vultueux, non agité; pas d'herpès labial; artères dures et sinueuses. Le pouls est rapide, mais nullement déprimé. La langue est blanche, humide. Auscultation : à la base du poumon droit gros souffle tubaire entouré de quelques râles fins; au même niveau, submatité avec abolition des vibrations. Rien en avant ni du côté opposé.

A la ponction exploratrice on trouve une légère lame de liquide.

Le 11-12. Même état. Température entre 39° et 40°.

Le 15. Le foyer d'hépatisation du poumon droit n'a aucune tendance à la régression, à la base gauche apparaît un autre foyer soufflant. Le cœur se maintient toujours.

Le 18. Le malade est toujours dans le même état. Il crache

peu et ses crachats n'ont aucun des caractères de la pneumonie franche. Légèrement visqueux ils sont jaunâtres et très âcres. La langue reste chargée. Les foyers sont remarquablement fixes : un gros foyer à droite occupant les 2/3 inférieurs du poumon et un autre plus petit à gauche. On pratique une injection intraveineuse de 1 centimètre cube d'or. Forte réaction. Le soir la température est tombée de 38°9 et 37°5.

Le 19. Pas de modification sensible de l'état pulmonaire. Mais le malade se sent mieux et a un bon sommeil. Nouvelle injection de 1 centimètre cube. La température qui le matin était à 38°, le soir tombe à 37°4.

Le 20. L'expectoration se fait plus facilement. Le foyer droit semble diminuer. La température qui était de 37°6 le matin descend à 36°8 le soir.

Pendant les jours qui suivent la température se maintient constamment au-dessous de 37°. On ne renouvelle pas les injections. Mais les foyers de l'hépatisation ne subissent aucune régression et l'on assiste ultérieurement à l'apparition de signes de dilatation bronchique.

Observation X (personnelle)

Pneumonie du sommet chez un éthylique.

Lau... Armand, 43 ans; 23° territorial.

Pas de maladie antérieure.

Le 19 janvier 1915, brusquement L... s'est trouvé malade : il a un grand frisson accompagné de fièvre. Il entre ce même jour à l'infirmerie de la caserne. Le 24 janvier on l'envoie à l'hôpital.

Examen le 25.

Le malade est manifestement un grand éthylique; il avoue 5 à 6 litres de cidre par jour et l'usage quotidien du calvados. Son état est grave. Il est subdélirant.

La température est de 39°6. Le pouls est vibrant. Le malade ne crache pas. A l'auscultation on trouve au sommet gauche en arrière un foyer pneumonique. Devant cet état grave et comme le cœur se maintient bien, on pratique une injection de 1 cent. cube d'or colloïdal intraveineux. Après une réaction vive, mais sans incidents, la température atteint le soir 38°4.

Le 26. La température est remontée à 39°6 le matin, l'état du malade ne s'est pas sensiblement amélioré. Il y a quelques crachats nullement rouillés. Nouvelle injection de 1 centimètre cube. Le soir température à 38°8.

Le 27. La température est encore le matin de 39°2. On fait une troisième injection de 1 centimètre cube. Cette fois on obtient une chute thermique plus marquée. La température descend, en effet, à 37°6.

Le 28. Température à 39°5. Le malade ayant déjà reçu trois injections, on le laisse au repos. Localement, les signes d'hépatisation sont toujours les mêmes. L'état général reste sérieux : le malade délire la nuit et présente un tremblement très marqué.

Les 29, 30, 31. La température progressivement s'élève dans ces trois jours jusqu'à atteindre 40°5. Aussi, devant la gravité croissante de l'état général, on décide de reprendre la médication par l'or colloïdal.

Une injection de 1 centimètre cube intraveineuse est donc pratiquée le 31 au matin.

Le soir, la température atteint 37°3, soit une chute de 2°5 pour la journée.

Le 1^{er} février. Manifestement l'état général est meilleur, le facies n'a plus son aspect vultueux, la langue est humide, le pouls est moins tendu. La température est cependant remontée à 39°2. Injection d'or. Le soir 38°7.

Le 2. Le foyer a sensiblement diminué pendant les deux précédentes journées. La température est à 37°1. On fait une dernière injection, la température atteint le soir 38°1, mais le

lendemain descend à 36°4 et définitivement. L'hypothermie a donc été atteinte au 13^e jour.

Quelques signes pulmonaires persistent encore pendant 2 ou 3 jours.

Observation XI.

Pneumonie franche.

Fou... Henri, 20 ans, 36^e infanterie.

Malade robuste, a été toujours bien portant, sauf une pleurésie sèche l'année précédente.

Depuis le 13 janvier 1915, le malade était un peu fatigué et souffrait de céphalée. Le 14, il se plaint d'un point de côté gauche, tousses et a un peu de fièvre.

Le 18. Le malade entre à l'hôpital. Il présente l'aspect d'un pneumonique classique : facies vultueux, herpès labial, langue rôtie, dyspnée, crachats rouillés visqueux, température à 40°, pouls rapide et fort.

Le malade accuse un point de côté gauche et on trouve dans l'aisselle gauche un petit foyer de matité avec souffles et râles crépitants fins.

Le 19. On pratique dans la matinée une injection intraveineuse de 1 centimètre cube. Réaction violente au cours de laquelle le pouls atteint 150.

Le soir, la température atteint 37°2 alors que le matin elle était de 39°3. Le malade un peu abattu passe une nuit très calme.

Le 20. C'est le 6^e jour de la maladie, la température est remontée à 38°4. Nouvelle injection, réaction semblable à celle de la veille. Le soir 37°5. Le foyer diminue notablement. L'état général est bon.

Le 21. Température à 37°2. Amélioration sensible. Troisième injection le soir, température à 37°6.

Le 22. Température 36°. Le malade se sent bien. On fait une dernière injection.

Le 23. Température 36°. Le malade se sent bien, on commence à l'alimenter.

La langue est nettoyée, l'état général excellent. A l'auscultation, quelques râles intermittents marquent seuls la présence du foyer pneumonique.

En résumé il s'agit d'une pneumonie franche aiguë chez laquelle l'or a déterminé une défervescence définitive au 5 jour.

Ces observations montrent que l'or colloïdal agit avant tout sur le syndrome thermique et l'état général dans la pneumonie et la broncho-pneumonie. Quant au foyer pulmonaire il ne regresse que tardivement. D'autre part on peut remarquer que si dans la pneumonie franche l'action est pour ainsi dire immédiate, la guérison se produisant dès la première injection, dans la broncho-pneumonie il faut répéter les injections pour arriver à un résultat. Et ce fait s'explique assez par la gravité de ces infections pulmonaires. Nous avons en effet traité d'autres malades par la méthode classique qui nous a donné un plus grand nombre d'échecs. Chez les malades traités au contraire par l'or colloïdal les décès ont été très rares, ce qui nous permet de dire que dans les infections pulmonaires graves, les injections intraveineuses d'or colloïdal constituent un excellent adjuvant à la thérapeutique classique.

2^o *Erysipèle.*

Observation XII (personnelle).

Erysipèle chirurgical.

Sl.... Stanislas. Prisonnier de guerre.

Blessure par balle intéressant l'articulation scapulo-humérale. Résection de l'épaule le 20 novembre 1915, par le Docteur Auvray. Le 11 décembre une nouvelle opération rendue nécessaire par une suppuration abondante est pratiquée. On fait la résection d'un fragment de l'humérus nécrosé. Le lendemain matin 12 décembre 1915, le blessé fait une poussée thermique. La température qui était le 11 au soir de 37°5 atteint 39° le 12 au matin et 40° le soir de ce même jour. En faisant le pansement on constate qu'un érysipèle est apparu d'emblée très étendu, intéressant l'épaule droite et tout l'hémithorax du même côté aussi bien en avant qu'en arrière. Le malade quoique robuste est très abattu; les urines sont fortement albumineuses.

Le 13. Etat général plus grave encore. Délire, température à 40°2; on décide alors de faire une injection d'or colloïdal de 1 centimètre cube. Au bout de 45 minutes se produit une réaction extrêmement intense au cours de laquelle on note de quart d'heure en quart d'heure la température, le pouls et la tension artérielle.

La sudation a été particulièrement intense. Le soir la température est redescendue à 37°1, soit ainsi une chute de plus de 3 degrés en quelques heures. Le malade est calme, beaucoup moins déprimé et passe une bonne nuit.

Le 14. La plaque d'érysipèle est beaucoup moins rouge et paraît avoir diminué d'étendue. La température est de 37°6.

Le malade se sent bien. Dans l'espoir que cette chute de température se maintiendra définitivement on ne renouvelle

pas l'injection. Mais le soir la température est de nouveau remontée à 39°2, la dépression et l'abattement reparaissent.

Le 15. Température à 40°3. On fait une seconde injection de 1 centimètre cube.

La réaction est moins intense que la première fois.

Le 16. La température est à 38°4. L'érysipèle a notablement diminué d'étendue, il n'occupe plus que l'épaule droite. On fait alors une troisième injection d'or colloïdal qui amène le soir la température à 37°2.

Le 17. Température 37°3. L'état général est excellent, au niveau de l'épaule l'érysipèle a presque entièrement disparu. On ne renouvelle pas l'injection.

Le 18. Température 36°5. L'érysipèle a entièrement disparu.

Observation XIII (personnelle).

Érysipèle.

Ga... Émile, 294^e Infanterie, 31 ans.

Sujet particulièrement robuste, blessé le 15 septembre 1914. Blessure par balle du bras droit, fracture de l'humérus. Suppuration abondante. Étant en traitement pour sa blessure ce malade a eu la fièvre typhoïde.

Le 23 février 1915 il est pris d'un frisson violent avec céphalée, épistaxis. La température monte le soir à 39°4. On refait le soir même le pansement du bras et l'on constate que la peau à ce niveau présente une coloration rouge mais qui n'éveille pas l'idée d'un érysipèle.

Le 24. La température reste élevée, mêmes phénomènes généraux. L'érysipèle étant nettement apparu tant sur le bras droit que sur la région pectorale du même côté, on envoie le malade au pavillon des contagieux. La température le matin est de 38°4, le soir de 39°5.

Le 25. Température 37°8 le matin. L'éruption s'étend. On

pratique une injection intraveineuse de 1 centimètre cube d'or. Réaction normale. Le soir température à 37°.

Le 26. Température 39° le matin. Dès ce jour on remarque que la plaque érysipélateuse toujours très étendue a pâli. On fait une seconde intraveineuse de 1 centimètre cube. Température 38°2, le soir.

Le 27. 36°4 le matin. L'éruption n'occupe plus que le bras. On pratique dans l'après-midi une 3^e injection.

Le 28. Température 36°. On s'abstient de faire ce jour-là l'injection. Le soir la température est à 38°2.

Le 29. On fait encore une injection. Il ne reste plus trace de l'érysipèle.

Le 30. Le malade sort du pavillon des contagieux. La température oscille quotidiennement entre 37° et 38°5, en raison de la suppuration osseuse.

Observation XIV (personnelle).

Erysipèle ambulat.

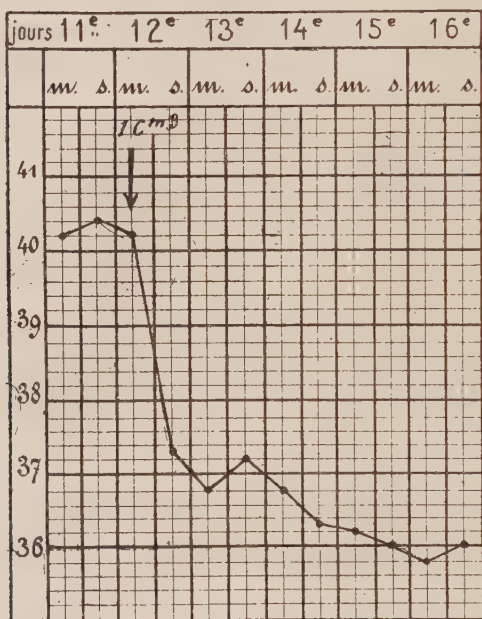
Que.... Louis, 41 ans, 36^e Infanterie.

Ce malade est entré le 16 février au pavillon des contagieux pour un érysipèle du bras post-vaccinal. Depuis cette date et en dépit de tous les traitements, l'érysipèle n'a cessé de se développer. C'est une forme migratrice apparaissant tantôt sur l'avant, tantôt sur le bras, la région pectorale ou dorsale. En même temps ce malade qui est vieux avant l'âge et alcoolique s'affaiblit progressivement. La température ne descend jamais au-dessous de 40° et quand nous le voyons le 26, il est dans un véritable état de cachexie fort inquiétant.

Bien que le pouls soit assez faible et l'état général franchement mauvais, nous pratiquons une injection de 1 centimètre cube d'or intraveineuse. La réaction est intense mais nullement inquiétante. La température qui était le matin de 40°2,

tombe le soir à 37°3. Le lendemain il n'y a plus traces de l'érysipèle.

La température continue à s'abaisser. Trois jours après le



Courbe 3.

malade sort guéri sans qu'on ait eu besoin de renouveler l'injection.

Observation XV (personnelle).

Erysipèle chez un blessé cachectique.

Gor..., Baptiste, 27 ans, 321^e d'Infanterie.

Malade en traitement depuis le 3 octobre 1914 pour une blessure par balle de l'épaule gauche ayant nécessité la résection de la tête humérale. Ce malade présente une suppuration

très abondante. Jamais, depuis trois mois, la température n'a été normale elle oscille entre 38° et 39° souvent au dessus. En même temps le malade maigrit et se cachectise si bien qu'impressionnés par son aspect plusieurs médecins avaient pensé à une tuberculose pulmonaire, bien que l'auscultation ne donnât que très peu de signes.

Le 15 janvier 1915 au soir, G..., se sent faible, très déprimé ; il souffre d'une céphalée intense, le pouls est mou et rapide. La température qui, le matin, était de 37°8 atteint le soir 40°5.

Le 16. En faisant le pansement le matin, on constate que l'avant bras et le coude ont une coloration légèrement violacée, mais il n'y a pas de bourrelet et il ne semble pas que l'on se trouve en présence d'un érysipèle. La température est le matin, de 39°, le soir de 39°8.

Le 17. La température se maintient à 39°, toute cette journée, le malade est très déprimé. L'aspect du bras se modifie, de violacé il devient rouge vif. On isole le malade.

Le 18. La température se maintient encore pour atteindre 40° le soir.

L'état général est toujours mauvais ; la plaque érysipélateuse a gagné l'épaule. On fait un enveloppement avec de la pommade au collargol.

Le 19. Aucune tendance à l'amélioration, température le matin 39°2.

On décide alors de faire une injection intraveineuse d'or. La réaction est vive. Le soir la température est descendue à 37°5.

Le 20. Le malade à la suite de la sudation extrêmement abondante se sent beaucoup mieux. Il a passé une nuit calme. La température était cependant remontée à 39° on fait une nouvelle injection qui amène une chute de température : le soir on note 38°4.

Le 20. La plaque érysipélateuse est beaucoup moins étendue et commence à pâlir.

21-22-23. Progressivement la température descend pour

arriver et se maintenir à 36°5. Dès le 21, la plaque est entièrement disparue.

Le malade étant guéri, on a pu observer une transformation très remarquable de l'état général. En effet, alors que depuis trois mois ce malade n'avait jamais passé une seule journée sans température, à tel point que son état de cachexie avait fait porter sur lui le plus sombre pronostic, à partir du 22 janvier ce malade n'a jamais présenté la moindre poussée thermique, il a repris de l'embonpoint et environ un mois après, les plaies étaient complètement cicatrisées.

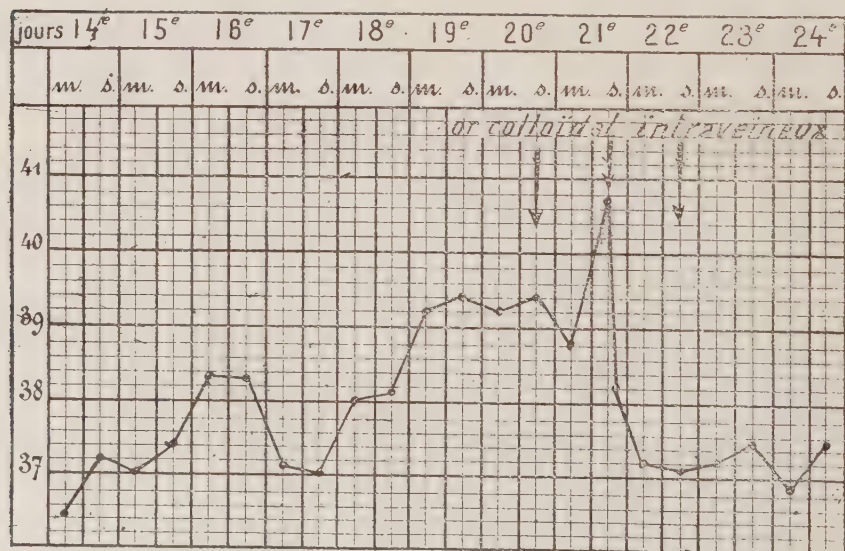
Observation XVI (personnelle)

Erysipèle

Wirt... Otto. Prisonnier de guerre.

Blessure de guerre par balle intéressant l'articulation sca-

Salle St.



pulo-humérale droite. Résection de la tête le 24 décembre 1914.

Le 25 décembre, 38° le matin, 38° 1 le soir. Au pansement le 26, malgré la température de 39°2, rien de suspect, le soir 39°4.

Le 27 décembre au pansement on découvre un érysipèle de large surface intéressant la partie postérieure de l'hémi-thorax droit et toute l'épaule du même côté. On découvre des plaques sur le cou et sur la face. A treize heures injection intraveineuse de 1 centimètre cube d'or colloïdal. Réaction assez forte et extrêmement prolongée. A dix-huit heures, lors de la prise de la température, le malade est encore couvert de sueur.

Le 28 décembre. La température est de 38°8, l'érysipèle n'a pas changé d'aspect. A treize heures, nouvelle injection de 1 centimètre cube d'or. La réaction est des plus violentes, mais apparait très tardivement (plus d'une heure après l'injection) et se prolonge très longtemps. La température marque le soir 40°7, la réaction étant inachevée. Nous reprenons la température à dix heures du soir elle n'est plus que de 38°2. Le malade se sent beaucoup mieux.

Le 29 décembre. Au pansement on constate la presque complète disparition de l'érysipèle, toutefois il subsiste une légère coloration rouge. Température 37°2. A douze heures le malade se sent moins bien. Dernière piqûre d'or à treize heures. Le soir, température 37°1.

Le 30 décembre. On constate la complète disparition des plaques d'érysipèle. Le malade se sent très bien. Ce blessé profondément infecté avant son opération reprend rapidement bon aspect.

On voit par les observations qui précèdent que l'or colloïdal intraveineux agit avec une particulière efficacité dans tous les cas d'érysipèle. C'est l'élément ther-

mique qui est le premier influencé, mais très rapidement, le lendemain de l'injection, en général, on voit la plaque pâlir et diminuer d'étendue. Assez souvent une seule injection suffit à enrayer complètement l'infection, mais le plus souvent il est nécessaire de maintenir les résultats acquis par une seconde et une troisième injection. Ces trois injections suffisent presque toujours. Les érysipèles que nous avons traités ont été choisis indifféremment dans un service d'érysipélateux. Les érysipèles non traités ont eu une durée moyenne de 12 à 15 jours. Nous avons donc abrégé d'une manière considérable la durée de l'infection, puisque tous les cas traités ont tourné court la maladie évoluant ainsi en trois, quatre ou cinq jours au maximum.

Il n'y a pas de contre-indication spéciale. Nous avons rapporté plus haut une observation d'érysipèle grave de la face, avec intoxication profonde, dans laquelle l'issue fatale parut être hâtée par une injection d'or. Ce cas n'offrait rien de particulier. Nous avons dit que quelle que soit du reste la nature de l'infection, lorsque celle-ci est trop profonde il est préférable de s'abstenir de la médication par l'or colloïdal; ces malades sont d'ores et déjà considérés comme perdus, mais l'entourage du malade ne manquerait pas d'attribuer la mort à la médication.

L'or colloïdal est donc un médicament de premier ordre dans l'érysipèle; supérieur à tous ceux que nous avons employé par ailleurs. Il agit avec une rapidité remarquable; toutes les fois que cela nous a été possible nous l'avons employé et toujours avec succès.

CONCLUSIONS

I. — Les injections d'or colloïdal doivent être pratiquées par la voie endoveineuse, les injections intramusculaires et hypodermiques étant presque totalement dénuées d'action.

II. — Les injections intraveineuses provoquent une réaction souvent formidable, mais non dangereuse, avec trois stades de frissons, chaleur, sueur, ce dernier se prolongeant plusieurs heures après l'injection.

III. — La dose moyenne est de 1 centimètre cube. Il ne semble pas qu'il soit prudent de dépasser 2 centimètres cubes.

IV. — La défaillance cardiaque, la tendance à l'œdème du poumon et un état d'infection trop profond peuvent contre indiquer l'emploi de l'or colloïdal.

V. — Dans la pneumonie et la broncho-pneumonie l'or colloïdal se présente comme un agent anti-infectieux extrêmement précieux, mais c'est surtout dans l'érysipèle grave, médical et chirurgical, que son emploi se trouve particulièrement indiqué.

Vu : le Président,

CHAUFFARD

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE (1)

Jay. — Un traitement pratique de la fièvre typhoïde aux armées. — *Presse Médicale*, 4 mars 1915.

Letulle et Mage. — Traitement de la fièvre typhoïde par l'or colloïdal en injections intraveineuses. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1914, n° 41.

Manquat. — Thérapeutique.

A. Robin. — Note sur les ferments métalliques. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1904.

A. Robin. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1914, n°s 41 et 42.

(1) Cette bibliographie est fort incomplète, mais les circonstances ne nous ont pas permis de faire les recherches nécessaires.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	9
CHAPITRE I. — L'or colloïdal. Mode d'administration. Doses . .	13
CHAPITRE II. — Phénomènes réactionnels consécutifs à l'injection intraveineuse d'or. Contre-indications.	19
CHAPITRE III. — Résultats de la médication par l'or colloïdal dans la pneumonie, la broncho-pneumonie et l'érysipèle. . .	33
CONCLUSIONS.	55
BIBLIOGRAPHIE	57

